

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

Année 1975

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

DONTOT Alain

Né le 21 Mai 1944, à Chalon-sur-Saône.

Présentée et soutenue publiquement le

**CORRÉLATIONS ANATOMIQUES, FIBROSCOPIQUES ET RADIOLOGIQUES
DANS LES AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF.**

Président : Mr. H. NAHUM, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6^e)

1975

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

Année 1975

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

DONTOT Alain

Né le 21 Mai 1944, à Chalon-sur-Saône.

Présentée et soutenue publiquement le

**CORRÉLATIONS ANATOMIQUES, FIBROSCOPIQUES ET RADIOLOGIQUES
DANS LES AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF.**

Président : Mr. H. NAHUM, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6^e)

1975



A MA FEMME

A MES ENFANTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549912_0032

A Monsieur le Professeur H. NAHUM

Qui m'a orienté sur le
choix de cette thèse et
a bien voulu en accepter
la présidence.

A Monsieur le Professeur F. POTET

Qui m'a conseillé au
cours de ce travail.

A Monsieur le Docteur J.-P. CAPRON

Qui a bien voulu m'apporter
son précieux concours.

CORRÉLATIONS ANATOMIQUES, FIBROSCOPIQUES ET RADIOLOGIQUES

DANS LES AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF

INTRODUCTION

Cette thèse est un travail didactique. Elle se présente comme un enseignement destiné aux étudiants en médecine du deuxième cycle. Elle constitue une étude des lésions les plus fréquentes du tube digestif, considérées au point de vue anatomo-pathologique, radiologique et fibroscopique. Elle a pour objet de faire comprendre aux étudiants auxquels elle s'adresse qu'il s'agit là de trois manières différentes de voir la même chose.

Enseigner la radiologie, ce n'est pas fournir aux étudiants des comparaisons plus ou moins évocatrices, ce n'est pas enseigner des mots, mais enseigner des images, et montrer le document original.

Mais il faut aussi montrer aux étudiants que ces images ne sont que la projection, sur un plan et en noir et blanc, des lésions dont la connaissance est indispensable.

L'étude anatomo-pathologique est donc nécessaire à une compréhension correcte de l'image radiologique. L'étude fibroscopique donne une vue tunnelaire et endocavitaire, et complète utilement l'étude radiologique. Anatomie pathologique, radiologie et fibroscopie s'étayant ainsi mutuellement.

Cette thèse se présente comme un cours et comporte :

- 1- une série de 71 diapositives ;
 - 2- une bande magnétique commentant ces diapositives,
 - 3- le texte écrit correspondant à cette bande magnétique.
-

1 - OESOPHAGITE CAUSTIQUE

La sténose caustique est le résultat de la brûlure de l'oesophage par un liquide caustique.

Diapositive n° 1 : OESOPHAGITE CAUSTIQUE.
Pièce anatomique.

Sur la pièce anatomique que vous avez sous les yeux, l'oesophage est ouvert longitudinalement. En haut, la muqueuse oesophagienne normale est de couleur rose pâle. Sur toute la hauteur de la pièce, vous notez que la largeur, donc le diamètre de l'oesophage, varie : en haut, vous voyez une dilatation et, à ce niveau, au fond d'une ulcération, la sonde cannulée vous montre une perforation ; dans ce cas particulier, il s'agissait d'une perforation instrumentale lors d'une séance de dilatation.

Sur 6 centimètres de longueur, entre les graduations 20 et 26 de l'échelle, vous constatez une diminution progressive du diamètre de l'oesophage avec un raccordement à la zone sus-jacente. A ce niveau de la tranche de section, la paroi est épaissie, surtout aux dépens de la sous-muqueuse. Sur toute cette hauteur, la muqueuse est de surface irrégulière, blanchâtre : elle est cicatricielle.

Diapositive n° 2 : OESOPHAGITE CAUSTIQUE.
Radio.

Voici maintenant un cliché radiologique de l'oesophage opacifié. Il vous montre un fait dont

vous ne pouviez pas bien vous rendre compte sur la pièce que vous venez de voir : la grande longueur du segment sténosé dans une oesophagite caustique ; seul, le tiers supérieur de l'oesophage est normal. Par contre, vous avez ici la traduction radiologique exacte des modifications anatomiques que vous venez de voir :

- 1- Rétrécissement de la lumière oesophagienne :
Vous voyez ici plusieurs zones sténosées.
- 2- Irrégularité de ce rétrécissement et caractère plurifocal de l'atteinte : ces zones sténosées alternent avec des zones de diamètre normal ou même augmenté.
- 3- Altération de la muqueuse : aspect irrégulier de la paroi de l'oesophage avec présence de plusieurs fins spicules. Il ne s'agit pas du même patient que tout à l'heure et vous n'avez pas ici de perforation.

2 - OESOPHAGITE PEPTIQUE

Diapositive n° 3 : OESOPHAGITE PEPTIQUE.
Pièce anatomique.

L'oesophagite peptique est une complication du reflux gastro-oesophagien.

Sur cette pièce de la région oeso-cardio-tubérositaire, vous reconnaissez :

- en haut : l'oesophage normal, avec sa muqueuse rose nacré ;
- en bas : l'estomac, avec son plissement caractéristique de la région polaire supérieure, rose vif.

Entre ces deux zones, entre les divisions 76 et 81, la surface est d'un rouge sombre : c'est une érosion muqueuse, légèrement hémorragique. Il existe un épaississement de la paroi, intéressant toutes les couches. Vous notez qu'il existe une sténose en comparant la largeur de cette région avec celle de l'oesophage normal en haut de la pièce.

Diapositive n° 4 : OESOPHAGITE PEPTIQUE.
Fibroscopie.

Cette photographie a été prise avec un fibroscope à vision axiale.

Ici, comme, en principe, pour tous les clichés de fibroscopie que vous allez voir, le patient est en décubitus latéral gauche ; la paroi antérieure est donc à votre gauche. Sur l'image que vous avez sous les yeux, la lumière oesophagienne est vue en

fuite. A la partie supérieure du cliché, vous voyez la muqueuse normale de teinte jaune pâle ; le reste de la paroi oesophagienne est rouge, inflammatoire et congestif. Au centre du cliché, vous constatez une brusque diminution de calibre indiquée par un anneau blanchâtre, circonférentiel, fait d'un dépôt fibrineux. Il n'existe pas d'aspect bourgeonnant suspect de malignité.

Diapositive n° 5 : OESOPHAGITE PEPTIQUE.

Radio.

Voici le cliché radiologique. Vous reconnaissez, à la partie supérieure du cliché, l'oesophage opacifié, modérément dilaté, avec un niveau liquide témoignant d'une certaine gêne du transit. En bas du cliché, vous voyez bien la poche à air gastrique sous la coupole gauche ; l'estomac se prolonge vers le haut par de gros plis qui se trouvent au-dessus de la coupole : c'est donc bien une hernie hiatale.

Vous avez donc ici la traduction radiologique d'un certain nombre de caractères anatomiques qui vous ont été montrés tout à l'heure :

- Cette oesophagite peptique siège à la jonction entre muqueuse gastrique et muqueuse oesophagienne ;
- Il y a une sténose ;
- Elle est unique ;
- Elle est conique (vous avez vu tout à l'heure l'épaississement régulier de la paroi oesophagienne) : son raccordement à l'oesophage sus- et sous-jacent est harmonieux) ;
- Enfin (et ce dernier point était bien visible sur la photographie de fibroscopie), elle est circonférentielle et centrée.

3 - CANCER VEGETANT DE L'ŒSOPHAGE

Le cancer de l'œsophage se présente sous trois aspects : végétant, ulcéro-végétant et infiltrant.

Voici une forme végétante exophytique.

Diapositive n° 6 : CANCER VEGETANT DE L'ŒSOPHAGE.
Pièce anatomique.

Vous reconnaissez sur cette pièce anatomique deux parties :

- en bas, de la division 84 à 88, le plissement gastrique de la région polaire supérieure, de coloration rouge soutenu ;

- en haut, de la division 89 à 93, l'aspect rose pâle de la muqueuse œsophagienne normale, avec son plissement fin longitudinal.

Enfin, tout à fait en haut du cliché, s'étendant des divisions 93 à 98, sur 5 centimètres de hauteur, vous voyez la tumeur : c'est une masse ovaire, bourgeonnante, à grand axe vertical. Elle est irrégulière et de surface hémorragique.

Son implantation, mal visible, est faite d'un pédicule court, longitudinal et très étroit.

Diapositive n° 7 : CANCER VEGETANT DE L'ŒSOPHAGE.
Radio.

Le cliché radiologique que vous avez mainte-

nant sous les yeux est centré sur la tumeur. L'oesophage est ici plein d'air ; ses parois sont tapissées d'une fine couche de baryum, ainsi que le contour de la tumeur. Celle-ci est bien visible, bosselée, irrégulière, implantée sur la face postérieure de l'oesophage au tiers moyen, faisant saillie dans la lumière.

o o

4 - CANCER ULCERO-VEGETANT DE L'ŒSOPHAGE

Voici maintenant une forme ulcéro-végétante de cancer de l'œsophage.

Diapositive n° 8 : CANCER ULCERO-VEGETANT DE L'ŒSOPHAGE. Pièce anatomique.

Au bas du cliché, vous reconnaissez la muqueuse gastrique avec son plissement caractéristique. Entre les divisions 28 et 29, vous voyez la muqueuse normale de l'œsophage, rose pâle. En haut du cliché, vous avez une volumineuse tumeur, ovalaire, de 4 centimètres de hauteur. Elle est creusée d'une vaste ulcération à fond bourgeonnant et hémorragique. Sur le pourtour de l'ulcération, vous distinguez le bourrelet tumoral irrégulier et hémorragique.

Voici maintenant l'image radiologique.

Diapositive n° 9 : CANCER ULCERO-VEGETANT DE L'ŒSOPHAGE. Radio.

Vous venez de voir, sur la pièce anatomique, une ulcération dans une tumeur. Vous en avez sous les yeux l'équivalent radiologique : une niche dans une lacune, ou encore une image d'addition dans une image de soustraction, ou encore ce qu'on appelle une niche à ménisque. Vous voyez bien la lacune, irrégulière, largement insérée sur la paroi postérieure de l'œsophage. A l'intérieur de cette lacune, vous voyez une niche, elle aussi irrégulière. Cette niche, qui se trouve, non pas en muqueuse

saine, mais dans une lacune tumorale, est en retrait par rapport à l'alignement de la paroi oesophagienne.

Cette image de niche à ménisque est importante : vous la retrouverez à l'estomac et au colon.

o o

5 - CANCER INFILTRANT DE L'ŒSOPHAGE

Voici maintenant un exemple de cancer infiltrant du l'œsophage.

Diapositive n° 10 : CANCER INFILTRANT DE L'ŒSOPHAGE.
Pièce anatomique.

La coloration brune de la pièce est due au fait qu'elle est fixée dans le formol.

Vous avez, de haut en bas :

- entre les divisions 31 et 30, l'œsophage normal, blanchâtre ;

- entre les divisions 30 et 25, la région pathologique, que nous allons décrire tout à l'heure ;

- entre les divisions 25 et 24, de nouveau un centimètre d'œsophage normal ;

- à partir de la division 24, l'estomac, avec son plissement bien reconnaissable.

Regardez maintenant l'œsophage pathologique entre les divisions 30 et 25. Dans cette zone, il y a une interruption du relief muqueux par une érosion superficielle. La tumeur est circonférentielle. Elle infiltre et épaissit la paroi, comme on peut le voir latéralement sur la tranche de section. Les limites supérieures et inférieures sont irrégulières, mais sans bourrelet individualisable.

Diapositive n° 11 : CANCER INFILTRANT DE L'ŒSOPHAGE.
Fibroscopie.

Sur la vue fibroscopique, vous voyez une infil-

tration tumorale circonférentielle rétrécissant la lumière oesophagienne. Cette infiltration est irrégulière et bosselée. La sténose n'a pas l'aspect harmonieux et symétrique que vous avez vu tout à l'heure à la fibroscopie de l'oesophage peptique ; elle est quadrangulaire et rigide.

Diapositive n° 12 : CANCER INFILTRANT DE L'OE SOPHAGE.
Radio.

Voici maintenant l'aspect radiologique. Il ne s'agit pas du même patient : c'est ici un cancer infiltrant du tiers moyen.

- Sténose circonférentielle : vous l'avez vue sur la pièce anatomique et sur la vue fibroscopique ; vous l'identifiez facilement ici.

- Vous vous souvenez de l'absence de bourrelet que vous avez notée sur la pièce anatomique ; vous n'êtes donc pas surpris de voir l'aspect conique de cette sténose et son raccordement harmonieux à l'oesophage sus- et sous-jacent.

- Vous vous rappelez également que, sur la pièce anatomique, il n'y avait pas d'ulcération muqueuse. Il est donc logique que vous ayez ici un aspect lisse et régulier de la paroi oesophagienne.

- Par contre, vous avez vu en fibroscopie que la sténose n'était pas tout à fait harmonieuse. Ce n'est pas l'aspect que vous avez ici. Il est rare que la sténose soit, comme sur le cliché que vous avez sous les yeux, aussi parfaitement centrée. Vous vous rendez bien compte combien, dans un cas comme celui-ci, le diagnostic radiologique est difficile, pour ne pas dire impossible, entre cancer infiltrant de l'oesophage et sténose peptique.

6 - VARICES OESOPHAGIENNES

Les varices oesophagiennes sont des dilatations de voies de dérivation hépatofuges portocaves au courant veineux portal. Ces dilatations variqueuses sont sous-muqueuses. Leur reconnaissance est fondamentale pour le diagnostic d'hypertension portale.

Diapositive n° 13 : VARICES OESOPHAGIENNES.
SPLENO-PORTOGRAPHIE.

Le cliché que vous avez sous les yeux vous montre l'image directe des varices oesophagiennes. C'est un cliché de spléno-portographie. On a injecté du produit opaque dans la rate. Vous voyez la flaque splénique à la partie gauche du cliché, c'est-à-dire, rappelons-le, à votre droite. Dans une spléno-portographie normale, on observe une opacification de la veine splénique et de la veine porte, et aucun reflux dans les voies de dérivation. Ici, vous reconnaissez, en bas du cliché, la veine splénique horizontale et l'origine de la veine porte, oblique en haut et à droite. Ce qui n'est pas normal ici, c'est l'existence d'un important reflux ascendant, partant de la veine splénique : il aboutit à l'opacification de formations variqueuses : ce sont des varices oesophagiennes. Vous avez reconnu, d'autre part, la présence d'une sonde qui descend dans l'oesophage (vous la voyez sur le flanc gauche du rachis), puis suit la courbure de l'estomac (vous la voyez au-dessous de la veine splénique).

Diapositive n° 14 : VARICES OESOPHAGIENNES.
Fibroscopie.

En fibroscopie, les varices oesophagiennes se présentent comme des bourrelats sous-muqueux faisant saillie dans la lumière de l'oesophage. Cet aspect est facile à distinguer d'une tumeur, d'une part du fait de la coloration blutée (qui n'est pas très apparente sur ce cliché), d'autre part à cause de leur très grande souplesse (les varices oesophagiennes s'écrasent à l'insufflation).

Diapositive n° 15 : VARICES OESOPHAGIENNES.
Opacification barytée.

Sur les clichés d'opacification oesophagienne, les cordons variqueux que vous avez vu faire saillie dans la lumière oesophagienne se présentent comme des lacunes moniliiformes allongées verticalement et remplaçant le plissement normal fin et parallèle de l'oesophage. La plus ou moins grande réplétion des varices explique qu'elles fassent plus ou moins saillie dans la lumière oesophagienne, donc que l'aspect varie d'un cliché par rapport à l'autre, d'un examen par rapport à l'autre.

7 - ULCERE D'ESTOMAC

Diapositive n° 16 : ULCERE D'ESTOMAC.

Pièce anatomique.

Vous avez sous les yeux une pièce de gastrectomie partielle. L'estomac est ouvert le long de la grande courbure : le duodénum est en bas ; la petite courbure occupe l'axe vertical de la photographie ; la face postérieure est à votre droite, la face antérieure à votre gauche. Vous constatez que la pièce est centrée par une perte de substance d'un centimètre de diamètre, arrondie, à bords taillés à pic et réguliers. Le fond de cette ulcération est recouvert par un exsudat fibrineux. L'ulcération est entourée par une zone d'œdème lisse. Le plissement gastrique converge vers cet œdème et s'y perd, sans jamais atteindre l'ulcération proprement dite.

Diapositive n° 17 : ULCERE D'ESTOMAC.

Fibroscopie et radio.

Voici la vue fibroscopique. Comme pour l'œsophage, le patient est couché sur le côté gauche. Tout ce qui est en haut du cliché représente la petite courbure, en bas la grande courbure, à votre droite la face postérieure et à votre gauche la face antérieure. Sur la face postérieure de l'estomac, il existe une niche creusante, à fond jaunâtre, fibrineux. Sur le pourtour, la muqueuse est rouge, congestive, de surface à peu près régulière avec un petit bourrelet œdémateux au contact de la niche. Sur la grande courbure, vous voyez les plis qui convergent vers la niche et s'arrêtent au bourrelet œdémateux. Dans tous les cas, il faut faire des

biopsies multiples de la berge interne de l'ulcère, des plis avoisinants et même du fond en cas de bourgeonnement.

A côté du cliché de fibroscopie, vous voyez une radiographie d'estomac ; elle a été faite chez un patient en décubitus dorsal ; vous notez en effet que la grosse tubérosité est pleine de baryum. Vous y voyez :

- la niche ulcéreuse de la face postérieure de l'estomac sous forme d'une tache opaque régulière ;

- la zone d'oedème sous forme d'un halo clair régulier circonscrivant la niche ;

- la déformation des plis avec une ancoche de la grande courbure en regard de l'ulcère.

Diapositive n° 18 : ULCERE D'ESTOMAC.

Radio (couche mince).

Cet autre cliché radiologique vous montre encore mieux les signes radiologiques de l'ulcère gastrique. C'est un cliché en couche mince, c'est-à-dire avec une très fine couche de baryum recouvrant les parois gastriques. Le patient est tourné de telle sorte que la niche apparaît maintenant en vue tangentielle. Vous voyez :

- la niche ulcéreuse : cette image d'addition faisant nettement saillie sur le contour de la petite courbure gastrique. (Vous avez vu tout à l'heure que l'ulcère est une perte de substance, un véritable trou dans la paroi gastrique ; il est donc logique que le baryum remplisse la cavité de cette perte de substance et que le moule baryté de la cavité de l'ulcère soit en addition sur le moule baryté de l'estomac) ;

- le bourrelet d'oedème est bien visible. C'est le collet de l'ulcère : c'est cette image claire à bords nets, réguliers et parallèles qui se trouve à la base de l'ulcère ;

- la convergence des plis gastriques, enfin, est bien mise en évidence : vous les voyez atteindre le collet et s'y fondre sans franchir ce collet.

6 - ULCERE CALLEUX

Diapositive n° 19 : ULCERE CALLEUX.

Pièce anatomique.

Sur cette pièce anatomique d'ulcère calleux, l'estomac est ouvert suivant la grande courbure ; la petite courbure occupe l'axe vertical de l'estomac. Il existe, sur le versant postérieur de la petite courbure, une ulcération qui se présente comme une perte de substance ovale de 3 à 4 centimètres de long. Comme tout à l'heure, la berge de l'ulcère est taillée à pic, à limites nettes. Le pourtour de cet ulcère est constitué par un bourrelet net, figé, vers lequel irradie le plissement gastrique. Le fond de l'ulcère est irrégulier, un peu bourgeonnant, recouvert d'un exsudat séro-fibrineux. Le diagnostic est difficile, parfois impossible avec un cancer ulcérimforme.

Diapositive n° 20 : ULCERE CALLEUX.

Fibroscopie. Radio.

En fibroscopie, vous voyez partiellement une large ulcération creusante, à fond pultacé, blanchâtre et même verdâtre du fait de la présence de bile. Cette ulcération occupe les trois-quarts du champ, c'est-à-dire tout ce qui est en haut et à votre droite. Le fond de l'ulcération est bourgeonnant par endroits. A 8 heures, vous voyez un petit bourrelet d'œdème rouge, congestif, qui prend par endroits une allure polypoïde. En présence d'une telle lésion, plusieurs biopsies doivent être faites, car elle est suspecte de malignité.

Sur la radiographie correspondante, en décubitus dorsal, vous remarquez, sous la grosse tubérosité, une tache opaque, ovale, qui est une volumineuse niche de la paroi postérieure.

9 - ULCERE DU PYLORE

Diapositive n° 21 : ULCERE DU PYLORE
Pièce anatomique.

La partie supérieure de cette pièce est la muqueuse antrale. La limite inférieure de la pièce est constituée par le bulbe duodénal. A la jonction de ces deux muqueuses, vous voyez une ulcération transversale. Cette niche a une berge gastrique et une berge duodénale. Le fond de cette lésion est noirâtre, hémorragique. Au pourtour, vous voyez un œdème rouge congestif.

Diapositive n° 22 : ULCERE DU PYLORE
Radio.

Le cliché radiologique est centré sur la région antro-pyloro-bulbair. Normalement, l'image radiologique du pylore est punctiforme. Ici, il y a un canal pylorique très élargi et coudé. Sur son bord supérieur, se trouve une petite image d'addition : c'est l'ulcère.

10 - ULCERE DU BULBE DUODENAL

Diapositive n° 23 : ULCERE DU BULBE DUODENAL.
Pièce anatomique.

Vous reconnaissez une pièce de gastrectomie partielle avec, de haut en bas :

- le fundus avec son plissement,
- l'anse gastrique,
- et le premier duodénum.

Au centre du bulbe duodénal, vous voyez une perte de substance très creusante, en partie masquée par un très important oedème de la muqueuse. L'irradiation du plissement vers le bourrelet d'oedème est surtout marquée en bas et à votre droite.

Diapositive n° 24 : ULCERE DU BULBE DUODENAL.
Fibroscopie. Radio.

Sur la photographie de fibroscopie, le fibroscope se trouve à l'entrée du pylore dont vous voyez le pourtour à la périphérie du cliché. Vous voyez, en fuite, le duodénum avec, à la partie inférieure du cliché, à 6 heures, une ulcération d'un centimètre de diamètre environ, arrondie, à fond pultacé, blanchâtre. Vous constatez que la lésion est circonscrite par une muqueuse rouge, très inflammatoire, avec de gros plis.

Les deux clichés radiologiques sont centrés sur le bulbe. La niche est bien visible : c'est cette petite tache arrondie au centre du cliché. L'oedème est important : normalement, en effet, le bulbe a un aspect triangulaire ; ici, toute la par-

tie droite du triangle (il s'agit, bien entendu, de la droite du malade, donc de votre gauche à vous), c'est-à-dire toute la partie distale du bulbe, est occupée par un oedème important qui empêche la cavité bulbairre de se remplir. Vous voyez bien enfin les plis muqueux de la partie proximale qui convergent vers la niche.

o o

11 - TUMEUR CONJONCTIVE DE L'ESTOMAC

Diapositive n° 25 : TUMEUR CONJONCTIVE DE L'ESTOMAC.
Pièce anatomique.

La pièce que vous voyez est un fragment de paroi gastrique sur lequel se trouve une masse en saillie de 6 centimètres de diamètre, largement implantée sur la muqueuse. Cette tumeur est recouverte de muqueuse normale, mais dépliée, lisse et congestive ; c'est donc une lésion sous-muqueuse. Vous voyez, au sommet de la masse, une ulcération à bord décollé et à fond hémorragique. Au voisinage immédiat de cette première ulcération, vous en voyez une autre, beaucoup plus petite, linéaire, en coup d'ongle. Cet aspect est tout à fait caractéristique d'une tumeur conjonctive gastrique ; le plus souvent, il s'agit d'une tumeur musculaire.

Diapositive n° 26 : TUMEUR CONJONCTIVE DE L'ESTOMAC.
Fibroscopie.

La fibroscopie est la reproduction exacte de ce que vous venez de voir. Tout le champ de la photo est occupé par une tumeur lisse, rouge. Au sommet de la tumeur, se trouve une ulcération à fond hémorragique.

Diapositive n° 27 : TUMEUR CONJONCTIVE DE L'ESTOMAC.
Radio.

Sur cette radiographie, la tumeur sphérique à bords lisses que vous avez vue se traduit par

l'existence, sur la portion verticale de l'estomac, d'une volumineuse lacune ovulaire, parfaitement bien limitée. Au centre de cette lacune, la niche est bien visible.

o o

12 - CANCER OESO-CARDIO-TUBEROSITAIRE

Diapositive n° 28 : CANCER OESO-CARDIO-TUBEROSITAIRE.
Pièce anatomique.

C'est une pièce anatomique de la région oeso-cardio-tubérositaire. Vous reconnaissez en bas la grosse tubérosité avec son plissement caractéristique ; en haut, les derniers centimètres de l'oesophage à muqueuse blanc nacré. Le cancer se situe à la jonction de ces deux types de revêtement, au cardia. Vous voyez la tumeur végétante, avec de gros bourgeons irréguliers et hémorragiques ; elle est centrée par une ulcération quadrangulaire à fond irrégulier, nécrotique et hémorragique.

Diapositive n° 29 : CANCER OESO-CARDIO-TUBEROSITAIRE.
Fibroscopia.

Le fibroscope est situé dans la partie inférieure de l'oesophage dont vous apercevez la muqueuse normale, jaunâtre, au premier plan. Sur les deux tiers supérieurs du cliché, le cardia est envahi par plusieurs bourgeons irréguliers, fragiles et hémorragiques.

Diapositive n° 30 : CANCER OESO-CARDIO-TUBEROSITAIRE.
Radio.

Voici maintenant une série de quatre clichés radiologiques centrés sur la région oeso-cardio-tubérositaire, pris en position debout. Vous remarquez la tumeur, se détachant sur la clarté de la poche à air gastrique, sous l'aspect d'une opacité de

faible densité dont vous pouvez suivre les contours bosselés. Elle est largement implantée sur le planchar de la grosse tubérosité. Regardez bien le jet baryté à son arrivée dans l'estomac ; normalement, il a un trajet harmonieux ; ici, le baryum se répartit en filets irréguliers qui enserrant la tumeur. Regardez aussi, en particulier sur le cliché en bas et à votre droite, comment l'opacification barytée de l'oesophage inférieur coiffe le pôle supérieur de la tumeur.

o o

13 - CANCER VEGETANT DE L'ESTOMAC

Diapositive n° 31 : CANCER VEGETANT DE L'ESTOMAC.
Pièce anatomique.

Voici une pièce d'estomac ouverte, comme tout à l'heure, le long de la grande courbure, avec la petite courbure dans l'axe de la photo. Sur la petite courbure, s'étendant sur la face postérieure, entre les divisions 2 et 11 du centimètre, vous voyez une volumineuse masse tumorale sur la muqueuse; elle est irrégulière et hémorragique. A sa surface, il existe un début de nécrose, faite de petites ulcérations.

Diapositive n° 32 : CANCER VEGETANT DE L'ESTOMAC.
Fibroscopie.

En fibroscopie, il existe, en haut du cliché, un volumineux bourgeon saillant, lobulé, recouvert d'un enduit jaunâtre et hémorragique : c'est le cancer.

Diapositive n° 33 : CANCER VEGETANT DE L'ESTOMAC.
Radio.

Cette tumeur végétante se traduit sur les clichés radiologiques par une volumineuse lacune, à contours irréguliers et polycycliques, que vous voyez ici sur le corps de l'estomac.

14 - CANCER ULCERO-VÉGÉTANT DE L'ESTOMAC

Diapositive n° 34 : CANCER ULCERO-VEGETANT DE
L'ESTOMAC.
Pièce anatomique.

Ce cliché représente une partie d'une pièce de gastrectomie. Vous voyez en haut l'antre normal et en bas le pylore. La région prépylorique est occupée par une tumeur de 6 centimètres de hauteur, dite "en lobe d'oreille". Nous n'aimons pas beaucoup les comparaisons, mais ici, elle est vraiment très évocatrice et rend bien compte de l'aspect anfractueux de la tumeur et du bourrelet très détaché qui l'entoure. L'ulcération centrale est très irrégulière, à la fois nécrotique, hémorragique et bourgeonnante. Le bourrelet est infiltré et éversé.

Diapositive n° 35 : CANCER ULCERO-VEGETANT DE
L'ESTOMAC.
Fibroscopie.

Le fibroscope est situé dans l'antre proximal et vous voyez, presque au centre de la photo, l'orifice pylorique. Sur tout le pourtour de l'antre, vous remarquez un gros bourrelet tumoral, irrégulier, hémorragique et bourgeonnant. Sur le versant antérieur de la petite courbure, à 9 heures, vous voyez une ulcération irrégulière assez profonde. Cette lésion provoque un rétrécissement irrégulier et asymétrique de la lumière antrale. Ces aspects imposent une biopsie en plusieurs points.

Diapositive n° 36 : CANCER ULCERO-VEGETANT DE
L'ESTOMAC.
Radio.

L'image que vous voyez sur la radiographie de la région antro-pylorique, vous la connaissez déjà, vous l'avez vue tout à l'heure sur l'œsophage : c'est l'image de niche dans une lacune (ou niche à ménisque), traduction exacte du cancer ulcéro-végétant. La tumeur, c'est la lacune : vous la voyez bien, largement insérée sur la petite courbure, à contour irrégulier ; le décroché, bien identifiable à la partie supérieure de la lacune, là où elle se raccorde à la petite courbure, c'est le bourrelet tumoral. La niche, c'est l'ulcération, volumineuse, anfractueuse, irrégulière. Elle est, vous le voyez bien, en retrait par rapport à l'alignement de la petite courbure, ce qui ne vous étonne pas puisqu'elle siège dans une tumeur, et non en pleine paroi gastrique.

15 - CANCER MUCO-ÉROSIF DE L'ESTOMAC

Diapositive n° 37 : CANCER MUCO-ÉROSIF DE L'ESTOMAC.
Pièce anatomique.

Sur cette pièce anatomique, vous voyez, en pleine muqueuse gastrique, une érosion très superficielle centrée par une ulcération. Les contours du cancer sont irréguliers et très découpés ; la muqueuse a un aspect granité. Vous observez des plis muqueux qui irradiant vers la lésion, mais plusieurs d'entre eux vont jusqu'à l'ulcération elle-même.

L'aspect est très différent du cancer ulcéro-végétant que vous venez de voir : ici, il n'y a pas de tumeur à proprement parler. Il est très différent aussi de l'ulcère bénin : vous avez vu l'aspect qu'avait l'oedème péri-ulcéreux et comment les plis qui irradiant vers l'ulcère s'arrêtaient à cet oedème ; ici, il y a bien une irradiation des plis vers la lésion, mais ils ne s'arrêtent pas aussi régulièrement et certains d'entre eux vont jusqu'à la lésion.

Diapositive n° 38 : CANCER MUCO-ÉROSIF DE L'ESTOMAC.
Fibroscopie.

La fibroscopie vous montre, sur la face postérieure de l'estomac, une petite érosion plane, à bords irréguliers, en carte de géographie. Le fond de cette érosion est blanchâtre et vous voyez un petit bourgeonnement à son bord inférieur.

Diapositive n° 39 : CANCER MUCO-EROSIF DE L'ESTOMAC.
Radio.

Plusieurs des caractères anatomiques et fibroscopiques que vous venez de voir vous permettent de comprendre l'image radiologique. L'ulcération, vous l'avez vu, est plane : vous comprenez pourquoi, sur le cliché, son image est cette petite niche plate que vous voyez ici sur la petite courbure près de l'angle ; elle ne fait pas saillie, et vous vous rendez bien compte qu'il peut être très difficile de la voir ; un signe peut beaucoup aider, c'est la raideur de cette région, le fait qu'elle ne se modifie pas d'un cliché par rapport à l'autre. Convergence des plis, d'autre part, mais, vous le voyez bien ici, il n'y a pas, autour de la niche, ce collet ulcéreux se traduisant par l'anneau clair caractéristique que vous avez vu tout à l'heure ; certains des plis vont jusqu'à la niche ; d'autres s'arrêtant à plus ou moins grande distance de la niche, mais sans cet arrêt régulier de tous les plis à la même distance de la niche, que vous avez vu tout à l'heure.

Le problème radiologique est donc double :

1- Voir l'image, ce n'est pas facile ;

2- La distinguer d'un ulcère bénin, ce n'est pas facile non plus ; on y est aidé par plusieurs caractères :

. aspect plat de la niche, qui ne fait pas nettement saillie sur le contour de l'estomac ;

. raideur ;

. absence de collet ;

. aspect des plis : certains allant jusqu'à la niche, d'autres s'arrêtant à une distance plus ou moins grande de la niche.

16- LINITE GASTRIQUE

Diapositive n° 40 : LINITE GASTRIQUE.

Pièce anatomique.

La linite gastrique est une tumeur maligne infiltrante transformant l'estomac en un tube rigide. Vous avez sous les yeux un antre gastrique. De chaque côté, en haut du cliché, vous voyez les faces de l'estomac avec un peu de muqueuse normale. A la partie toute inférieure du cliché, vous trouvez le bulbe duodénal normal. Vous voyez que tout le reste de l'antre a un aspect triangulaire, en entonnoir rigide ; à ce niveau, la muqueuse est granitée, saignée, comme érodée, mais sans végétation ni ulcération vraie. A la partie inférieure de la pièce, au niveau de la tranche de section, vous voyez un épaississement pariétal blanchâtre ; l'atteinte est circonférentielle. Il s'agit d'une linite antrale.

Diapositive n° 41 : LINITE GASTRIQUE.

Radio.

Radiologiquement, ce qui frappe, sur cette série de quatre clichés centrés sur la région antrale, c'est la fixité de la paroi gastrique. Ces quatre clichés sont pris à un certain intervalle de temps : vous voyez en effet que l'aspect du péristaltisme et du remplissage du duodénum n'est pas le même ; par contraste, vous pouvez constater que l'antre est parfaitement identique sur les quatre clichés ; c'est un tube rigide. Par ailleurs, au lieu de l'aspect bombé qu'il a habituellement, l'antre a celui d'un cône effilé, sans

Diapositive n° 39 : CANCER MUCO-EROSIF DE L'ESTOMAC.
Radio.

Plusieurs des caractères anatomiques et fibroscopiques que vous venez de voir vous permettent de comprendre l'image radiologique. L'ulcération, vous l'avez vu, est plane : vous comprenez pourquoi, sur le cliché, son image est cette petite niche plate que vous voyez ici sur la petite courbure près de l'angle ; elle ne fait pas saillie, et vous vous rendez bien compte qu'il peut être très difficile de la voir ; un signe peut beaucoup aider, c'est la raideur de cette région, le fait qu'elle ne se modifie pas d'un cliché par rapport à l'autre. Convergence des plis, d'autre part, mais, vous le voyez bien ici, il n'y a pas, autour de la niche, ce collet ulcéreux se traduisant par l'anneau clair caractéristique que vous avez vu tout à l'heure ; certains des plis vont jusqu'à la niche ; d'autres s'arrêtent à plus ou moins grande distance de la niche, mais sans cet arrêt régulier de tous les plis à la même distance de la niche, que vous avez vu tout à l'heure.

Le problème radiologique est donc double :

1- Voir l'image, ce n'est pas facile ;

2- La distinguer d'un ulcère bénin, ce n'est pas facile non plus ; on y est aidé par plusieurs caractères :

- . aspect plat de la niche, qui ne fait pas nettement saillie sur le contour de l'estomac ;

- . raideur ;

- . absence de collet ;

- . aspect des plis : certains allant jusqu'à la niche, d'autres s'arrêtant à une distance plus ou moins grande de la niche.

16 - LINITE GASTRIQUE

Diapositive n° 40 : LINITE GASTRIQUE.

Pièce anatomique.

La linite gastrique est une tumeur maligne infiltrante transformant l'estomac en un tube rigide. Vous avez sous les yeux un antre gastrique. De chaque côté, en haut du cliché, vous voyez les faces de l'estomac avec un peu de muqueuse normale. A la partie toute inférieure du cliché, vous trouvez le bulbe duodénal normal. Vous voyez que tout le reste de l'antre a un aspect triangulaire, en entonnoir rigide ; à ce niveau, la muqueuse est granitée, saignée, comme érodée, mais sans végétation ni ulcération vraie. A la partie inférieure de la pièce, au niveau de la tranche de section, vous voyez un épaissement pariétal blanchâtre ; l'atteinte est circonférentielle. Il s'agit d'une linite antrale.

Diapositive n° 41 : LINITE GASTRIQUE.

Radio.

Radiologiquement, ce qui frappe, sur cette série de quatre clichés centrés sur la région antrale, c'est la fixité de la paroi gastrique. Ces quatre clichés sont pris à un certain intervalle de temps : vous voyez en effet que l'aspect du péristaltisme et du remplissage du duodénum n'est pas le même ; par contraste, vous pouvez constater que l'antre est parfaitement identique sur les quatre clichés ; c'est un tube rigide. Par ailleurs, au lieu de l'aspect bombé qu'il a habituellement, l'antre a celui d'un cône effilé, sans

aucune expansion, ce qui rend bien compte de l'infiltration pariétale. Il n'y a aucune image de soustraction proprement dite, ce qui ne vous étonnera pas, puisque, vous l'avez vu, ce n'est pas un cancer végétant. Il n'y a pas non plus d'image d'addition, ce qui ne vous étonnera pas non plus, puisque, vous l'avez vu, il n'y a pas d'ulcération de la muqueuse.

o o

17 - POLYPE COLIQUE

Diapositive n° 42 : POLYPE COLIQUE.
Pièce anatomique.

Il s'agit d'une pièce de résection colique très limitée. Elle a été ouverte longitudinalement, la tranche de section se trouvant parallèle au centimètre. Vous notez l'aspect normal d'une muqueuse colique avec un plissement transversal moins important que sur la grêle. Le polype est une masse polylobée, d'environ 3 centimètres de diamètre, rouge franc. Vous voyez que cette masse est rattachée au plissement colique par un pédicule triangulaire à sommet tumoral, à base pariétale. Ce pied est fait de muqueuse normale, sans aucune infiltration ni oedème.

Diapositive n° 43 : POLYPE COLIQUE.
Fibroscopie.

Voici la lésion vue en coloscopie. Vous retrouvez le polype rattaché à la paroi par un pédicule. La surface du polype est lisse, discrètement lobulée, rouge. Vous constatez que, par ailleurs, la muqueuse intestinale est normale. Au total, c'est l'aspect d'un polype bénin, sur lequel, néanmoins, il est indispensable de faire des biopsies.

Diapositive n° 44 : POLYPE COLIQUE.
Radio.

Sur ce cliché de lavement baryté du sigmoïde, vous retrouvez l'image du polype : cette lacune

ronde, à contours parfaitement nets et réguliers. Partant de ce polype, vous voyez une autre lacune rectiligne, allongée le long du bord inférieur du sigmoïde, à bords parallèles, qui va s'insérer sur la paroi colique : c'est le pédicule.

o o

18 - TUMEUR VILLEUSE DU COLON

Diapositive n° 45 : TUMEUR VILLEUSE DU COLON.
Pièce anatomique.

Il s'agit ici encore d'une portion de paroi colique, et vous voyez, s'insérant directement sur la muqueuse, sans l'intermédiaire d'un pédicule, une masse rougeâtre : la tumeur villeuse. Elle est bosselée, lobulée. Vous constatez que sa surface est finement granitée.

Diapositive n° 46 : TUMEUR VILLEUSE DU COLON.
Fibroscopie.

En coloscopie, la tumeur villeuse est bien visible à la partie inférieure du cliché, faisant saillie sur la muqueuse colique. Elle est granuleuse en superficie, rougeâtre, recouverte d'un enduit blanchâtre, saillante dans la lumière intestinale, largement implantée sur la muqueuse.

Diapositive n° 47 : TUMEUR VILLEUSE DU COLON.
Radio.

Voici maintenant son aspect radiologique. Il s'agit ici d'un examen du colon en double contraste : le colon est rempli d'air et une fine couche de baryum en souligne les parois. Le cliché que vous avez sous les yeux est centré sur le sigmoïde et le colon descendant. Vous voyez, se détachant sur la lumière colique pleine d'air, une image tumorale polylobée, bien limitée, largement insérée sur la paroi externe du colon, sans pédicule.

19 - POLYPOSE RECTO-COLIQUE

Diapositive n° 48 : POLYPOSE RECTO-COLIQUE.

Pièce anatomique.

Il s'agit d'une pièce colique ouverte dans le sens de la largeur. La muqueuse se présente sous l'aspect habituellement décrit comme aspect "en tapis de haute laine". En regardant plus en détail, vous voyez d'innombrables petites masses rouges francs de 3 à 5 millimètres de diamètre. Ce sont de petits polypes sessiles ou, plus rarement, pédiculés comme les deux qui ont été mis en évidence au bas de la pièce. La densité de ces polypes ne laisse pas apercevoir de muqueuse saine ; le plissement transversal normal a complètement disparu. L'atteinte est étendue à toute la pièce.

Diapositive n° 49 : POLYPOSE RECTO-COLIQUE.

Fibroscopia.

En coloscopie, vous retrouvez les innombrables polypes. L'aspect est très exactement identique à celui que vous venez de voir.

Diapositive n° 50 : POLYPOSE RECTO-COLIQUE.

Radio.

Voici enfin l'exakte correspondance radiologique sur ce cliché centré sur le colon descendant : innombrables lacunes de 5 à 8 millimètres de diamètre, toutes rondes, régulières, bien limitées, ne laissant aucune place pour le relief muqueux colique normal.

20 - CANCER ULCERO-VEGETANT DU COLON

Diapositive n° 51 : CANCER ULCERO-VEGETANT DU COLON.
Pièce anatomique.

Au bas de cette pièce, vous avez l'aspect habituel du cancer du colon. La tumeur se présente comme une vaste ulcération ovalaire, de 4 centimètres de diamètre, dont le fond est irrégulier et saigneux. Vous voyez le bourrelet tumoral circonférentiel éversé qui forme un anneau autour de l'ulcération. Ce bourrelet d'extension repose sur une muqueuse saine.

Diapositive n° 52 : CANCER ULCERO-VEGETANT DU COLON.
Fibroscopie.

En coloscopie, vous retrouvez un gros bourgeon tumoral très irrégulier à droite. A la partie supérieure, vous voyez une muqueuse recouverte de petits bourgeons. L'ensemble constitue le bourrelet qui traverse la pièce en diagonale de 11 heures à 5 heures. L'image jaunâtre entre midi et 2 heures est l'ulcération.

Diapositive n° 53 : CANCER ULCERO-VEGETANT DU COLON.
Radio.

Vous pouvez aisément prévoir l'image radiologique avant même d'avoir regardé ce cliché. Ce sera une niche dans une lacune, une niche à ménisque. Sur ce cliché de lavement baryté centré sur le sigmoïde chez un patient ayant une prothèse de la hanche gauche, vous reconnaissez aisément la lacune largement insérée sur la paroi colique, irrégulière, et dans cette lacune la volumineuse niche, elle aussi irrégulière.

o o

21 : CANCER VEGETANT DU COLON

Diapositive n° 54 : CANCER VEGETANT DU COLON.
Pièce anatomique.

Voici un cancer végétant du colon : c'est une masse bourgeonnante et irrégulière, de 4 centimètres de diamètre, sessile, comme enchâssée dans un plissement pariétal normal.

Diapositive n° 55 : CANCER VEGETANT DU COLON.
Fibroscopie.

Le voici en coloscopie. La tumeur végétante, irrégulière, bosselée et jaunâtre, occupe le centre de la photo.

Diapositive n° 56 : CANCER VEGETANT DU COLON.
Radio.

Ce cliché est centré sur l'angle colique gauche. Le lavement baryté opacifie le colon descendant, puis bute, à l'angle gauche, sur le pôle distal d'une lacune à contours polycycliques et irréguliers.

22 - CANCER DU COLON : VIROLE

Diapositive n° 57 : VIROLE COLIQUE.

Pièce anatomique.

A chaque extrémité de cette pièce de résection colique, vous voyez la muqueuse colique normale. Au centre, la lésion est d'un type bien particulier. Vous notez d'abord que la lumière colique est diminuée de calibre au niveau de la tumeur par un anneau (qui ici est ouvert) serré, appelé virole. La virole est l'aboutissant extrême de la lésion ulcéro-végétante que vous avez vue tout à l'heure : la lésion s'est développée circulairement et de façon concentrique. Vous remarquez que la virole se présente comme un cylindre rétrécissant la lumière ; ses deux extrémités se renflent en bourrelets entre lesquels la lumière est une vaste ulcération.

Diapositive n° 58 : VIROLE COLIQUE.

Radio.

Voici l'image radiologique de la virole. Le défilé irrégulier que vous voyez sur le sigmoïde, c'est l'ulcération centrale. L'image lacunaire circonférentielle autour de ce défilé, c'est la virole proprement dite. Quant au bourrelet, vous en voyez bien l'image radiologique sur le cliché à votre gauche : la bourrelet supérieur est bien mis en évidence, coiffé par le baryum.

23 - CANCER DU CAECUM

Diapositive n° 59 : CANCER DU CAECUM.
Pièce anatomique.

C'est une pièce de colectomie droite, comprenant quelques centimètres de grêle que vous reconnaissez facilement en bas et à votre gauche par la teinte un peu rouge verdâtre de sa surface plissée en valvules conniventes. Le colon ascendant que vous voyez à votre droite est normal. La totalité du caecum est comblée par une masse essentiellement végétante, formée de gros bourgeons irréguliers, nécrotiques et hémorragiques. Au centre, s'ébauche une ulcération. La tumeur atteint la valvule.

Diapositive n° 60 : CANCER DU CAECUM.

Sur le cliché, le caecum est entièrement occupé par une lacune irrégulière, mal limitée, à contour bosselé avec plusieurs ulcérations irrégulières. Vous en voyez en particulier une, allongée horizontalement au pôle supérieur de la lacune.

24 - RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE

Diapositive n° 61 : RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE.
Pièce anatomique.

Sur cette pièce anatomique, vous voyez la totalité du colon : le rectum est au centre, le caecum en haut et à votre droite. Vous remarquez qu'il existe un raccourcissement et une atteinte de la totalité de la muqueuse. Cette atteinte associe des ulcérations ou pertes de substance et des reliquats muqueux ou accidents en relief. La forme et la disposition des ulcérations déterminent l'aspect des accidents en relief ; sur les colons ascendant et transverse, les pertes de substance sont longitudinales, les reliquats muqueux forment des cordons longitudinaux, l'ensemble donne l'aspect d'une terre fraîchement labourée. Sur le colon descendant, c'est-à-dire en bas et à votre droite, la confluence des ulcérations ne laisse substituer que des îlots muqueux ou pseudo-polypes que vous verrez mieux sur la prochaine pièce anatomique.

Diapositive n° 62 : RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE.
Radio.

Le lavement baryté dans la recto-colite hémorragique a, en particulier, pour intérêt de faire le bilan de l'extension des lésions. Le cliché que vous avez sous les yeux ne correspond pas à la pièce que vous venez de voir. Ici, le colon n'est pas atteint dans sa totalité. Le colon droit est normal : ses haustrations sont bien

reconnaissables, ses parois sont nettes. La frontière entre colon sain et colon pathologique se situe à l'angle droit. Le colon gauche est anormal :

- 1- ses haustrations ont disparu ;
- 2- ses parois ont un aspect flou et estompé avec d'innombrables petites images d'addition correspondant aux ulcérations que vous avez vues sur la pièce ;
- 3- il existe d'innombrables lacunes, pseudo-polypeuses, correspondant aux flots de muqueuse dont on vous a parlé sur la pièce.

Diapositive n° 63 : RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE.
Radio. Ulcérations.

Cet agrandissement de la partie gauche du transverse vous montre les ulcérations, images d'addition le long de la paroi, allongées longitudinalement et communiquant souvent les unes avec les autres.

25 - RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE.

FORME PSEUDO-POLYPEUSE.

Diapositive n° 64 : RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE.

FORME PSEUDO-POLYPEUSE.

Pièce anatomique.

Vous avez sous les yeux un détail à fort grossissement de la muqueuse du colon gauche de la précédente pièce. Elle a été fixée pour mieux mettre en évidence les modifications du relief muqueux. Les ulcérations confluentes (zones brillantes) ne laissent persister que quelques îlots de muqueuse. L'aspect général ressemble à une polypose à bas relief dont les polypes seraient constitués par des reliquats muqueux.

Diapositive n° 65 : RECTO-COLITE HEMORRAGIQUE.

FORME PSEUDO-POLYPEUSE.

Radio.

Voici l'équivalent radiologique exact. Dans ce colon gauche qui a perdu toute haustration, vous voyez les petites lacunes rondes, innombrables, pseudo-polypeuses, que forment les reliquats de muqueuse saine.

26 - TUBERCULOSE ILEO-CAECALE.

Diapositive n° 66 : TUBERCULOSE ILEO-CAECALE.

Pièce anatomique.

Cette photographie est celle d'une pièce ouverte et fixée de coléctomie droite. A votre droite, vous reconnaissez l'iléon terminal avec ses valvules conniventes transversales ; à votre gauche, le colon ascendant normal. La lésion siège sur les derniers centimètres de l'iléon, la valvule et le caecum entre les divisions 15 et 27. Toute cette région est largement ulcérée et pseudo-tumorale ; cet aspect pseudo-tumoral est dû à un épaississement de la paroi que vous voyez particulièrement bien sur la tranche de section entre les divisions 18 et 25. Vous voyez également l'importante scléro-lipomatose, surtout au caecum. Ces lésions sont responsables d'un rétrécissement de la lumière iléale et d'une rétraction du caecum.

D'apositive n° 67 : TUBERCULOSE ILEO-CAECALE.

Radio.

Le lavement baryté reproduit fidèlement les lésions. C'est un examen en double contraste : le colon droit est plein d'air, ses parois sont soulignées du baryum. Le caecum est rétracté, transformé en une flaque irrégulière, verticale, qui représente l'ulcération. Vous pouvez juger de l'épaisseur de la paroi en regardant la distance qui sépare cette flaque des anses grêles opacifiées. Les derniers centimètres de l'iléon sont atteints aussi : ils ont perdu tout plissement normal et n'ont aucune expansion ; jugez-en en les comparant à l'iléon sus-jacent. Vous pouvez aussi juger de l'épaisseur de la paroi de la dernière anse iléale.

27 - ILEO-COLITE GRANULOMATEUSE

(MALADIE DE CROHN)

Diapositive n° 68 : CROHN.

Pièce anatomique.

Sur cette pièce, l'intestin grêle est ouvert longitudinalement suivant son bord anti-mésentérique. Vous remarquez un important épaississement pariétal responsable d'un rétrécissement de la lumière intestinale. Le plissement muqueux normal a totalement disparu ; la muqueuse est le siège d'ulcérations longitudinales sur toute la longueur de la pièce d'exérèse iléale. Les lésions s'arrêtent de façon nette à la valvule de Bauhin à la division 5.

Diapositive n° 69 : CROHN.

Pièce anatomique.

Cette deuxième pièce est plus particulièrement destinée à montrer l'atteinte de la muqueuse et le caractère segmentaire de la lésion. La muqueuse est fissurée par des ulcérations longitudinales et transversales qui réalisent l'aspect classique "en galets". Vous voyez que la limite est nette et que, de façon brutale, la muqueuse reprend son aspect normal. Cette limitation n'est qu'apparente, car il existe souvent, à distance, de petites ulcérations.

Diapositive n° 70 : CROHN.

Radio.

Ce cliché rend bien compte des lésions anato-

mâques. C'est un transit du grêle par voie orale. Vous pouvez constater :

- 1- l'épaississement pariétal : voyez l'intervalle qui, sur le cliché à votre gauche, sépare la dernière anse iléale opacifiée du caecum. On voit bien, en outre, ici, un aspect raide, empesé, du bord mésentérique, c'est-à-dire ici supérieur, de la dernière anse iléale, alors que le bord anti-mésentérique forme des festons;
- 2- la sténose, bien visible sur le dernier centimètre de la dernière anse sur le cliché à votre gauche ;
- 3- la disparition du plissement bien visible sur le cliché à votre droite.

Diapositive n° 71 : CROHN.
Radio.

Ce cliché a l'intérêt de vous montrer :

- 1- l'épaississement des parois, qui se traduit par un écart entre les anses ;
 - 2- l'absence complète de plissement muqueux normal ;
 - 3- les multiples ulcérations muqueuses.
-

C O N C L U S I O N

Ce travail a passé en revue les lésions les plus fréquentes et les plus caractéristiques du tube digestif, en cherchant une correspondance la plus étroite possible entre l'image anatomique, radiologique et fibroscopique. Nous avons essayé de rester simple et schématique et n'avons pas cherché à être complet.

Nous espérons que notre essai didactique pourra rendre service aux étudiants du deuxième cycle des études médicales que nous avons choisis comme public.

VU & PERMIS D' IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Xavier Bichat,

J. BAUMANN

Le Président de la thèse,

H. NAHUM

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - FELSON B.- More chest roentgen signs and how to teach them.- Radiology, 1968, 90 : 429-441.
 - 2 - FRANK SQUIRE L.- Perception related to learning radiology in medical school.- Radiologic Clinics of North America 1969, 7 : 485-497.
 - 3 - FRANK SQUIRE L., COLAIACE W.M. and STRUTYNSKI N. - Exercices in diagnostic radiology.- W.B. Saunders Cy, éd., Philadelphia, 1970.
 - 4 - FRANK SQUIRE L., WHITLEY J.E., ROBINSON T. and TWERSKY N.- Teaching the use of diagnostic radiology and other imaging modalities.- Radiology, 1974, 110 : 575-577.
 - 5 - GERBER B.- The learning laboratory of the department of radiology.- Synapse.- University of California at San-Francisco, 1971, 15 : 1-3.
 - 6 - NAHUM H.- Sémantique et enseignement : enseigner l'image, enseigner par l'image.- J. Radiol. Electrol. 1973, 54 : 567-572.
 - 7 - ROSS S.E.- Communication personnelle.
-

